

W dłuższej perspektywie neuromodulacja się opłaca

Z prof. Jerzym Gajewskim z Departamentu Urologii i Farmakoterapii Uniwersytetu Dalhousie w Halifaxie (Kanada) rozmawia Tomasz Michałek

Czy pamięta pan pierwszy samodzielnie założony neuromodulator?

To było po sześciu zabiegach, które wykonałem wspólnie z lekarzem z Ameryki. Pierwszy neuromodulator samodzielnie założyłem w dniu, w którym zaimplantowałem w zasadzie dwie pacjentki i przynajmniej jedna z nich do dzisiaj z niego korzysta. A to się stało w 1994 roku.

Gdzie to było?

W Halifaxie, w Kanadzie, jeszcze w starym szpitalu, który został już zburzony.

Ilu pacjentom założył pan tego typu urządzenie w swojej karierze?

To jest proces dwustopniowy. Najpierw robimy próbę tymczasowego stymulowania, wykonałem ją u prawie 450 pacjentek, a praktycznie założyłem stymulator ponad 250 kobietom.

W jakich dolegliwościach ta terapia może być skuteczna?

Takim klasycznym wskazaniem jest pęcherz nadreaktywny z nietrzymaniem moczu lub bez, a także zaburzenia w oddawaniu moczu bez przeszkody anatomicznej podpęcherzowej. Ostatnio mam też dużo pacjentek z zespołem bolesnego pęcherza. Wszczepiam neuromodulator także w niektórych przypadkach zaburzeń neurogennych dolnego odcinka moczowego. Warto pamiętać, że u pacjentów z chorobami neurologicznymi również używa się neuromodulacji do leczenia zaburzeń oddawania stolca.

Jak duży jest odsetek pacjentów, którym ta terapia kompletnie nie pomaga? Czy wśród pacjentów, których pan kwalifikował, były takie osoby?

W pierwszym etapie tymczasowej próby stymulacji, jeżeli używa się czasowej elektrody, to połowa pacjentek zazwyczaj nie odpowiada na taki sposób leczenia albo odpowiada niewystarczająco. Jeżeli używamy elektrody

permanentnej, to niektóre doniesienia mówią, że prawie 80 proc. pacjentek kwalifikuje się do zabiegu wszczepienia pełnego. Z mojego doświadczenia wynika, że zazwyczaj połowa pacjentek przechodzi do ostatniego etapu, w którym wszczepiamy cały stymulator. I wtedy, w zależności od diagnozy, mniej więcej po 10 latach, a ostatnio zrobiliśmy badanie, z którego wynika, że nawet po 20 latach, między 60 a 80 proc. tych pacjentek nadal jest zadowolona z terapii.

Czy jest to opłacalna terapia?

To zależy przede wszystkim od tego, jaki dane państwo ma system ochrony zdrowia. Jednak biorąc pod uwagę wyłącznie cenę stymulatora, początkowe koszty terapii są wysokie, ponieważ to urządzenie kosztuje dość dużo. W zależności od kraju ceny są różne. Natomiast gdy weźmiemy pod uwagę liczbę potrzebnych wizyt lekarskich, wizyt w poradni z powodu przyjmowania leku albo niebrania go z powodu komplikacji nietrzymania moczu lub zaburzeń w oddawaniu moczu, to po zsumowaniu wszystkich kosztów okazuje się, że po pięciu latach zazwyczaj ta metoda stymulacji jest opłacalna. Opublikowano wyniki badania porównującego

terapię z użyciem botoksu i neuromodulacji - pokazują one, że po czterech-pięciu latach widoczna jest znaczna oszczędność finansowa po zastosowaniu tej drugiej metody. Przyznam jednak, że trudno przekonać szpital do wprowadzenia tej terapii, ponieważ niewielu dyrektorów patrzy „pięć lat do przodu”. Z reguły w budżecie szpitala uwzględniają tylko dwa lata.

Jak z perspektywy czasu ocenia pan postęp w dziedzinie małoinwazyjnego leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego?

W ostatnich 20 latach wiele zmieniło się na lepsze w tej dziedzinie, a przez ostatnie parę lat pojawiają się coraz



prof. Jerzy Gajewski

Fot. Jaga Nowakowska

nowsze rozwiązania i coraz nowsze stymulatory. W leczeniu pęcherza nadreaktywnego najważniejsze jest tzw. minimally invasive [minimalna inwazyjność - przyp. red.], czyli sacral nerve stimulation (SNS) oraz posterior tibial nerve stimulation (PTNS). Kiedyś PTNS robiło się przy pomocy igły, tak jak przy akupunkturze, a teraz zaczyna się stosować przezskórne stymulacje lub wprowadza się podskórne małe stymulatory w pobliżu nerwu. Dzięki temu rozwiązaniu pacjentki mogą same stymulować się w domu, ponieważ program wymaga po-

modulację, to uważam, że - niezależnie od specjalizacji - ośrodki wykonujące te zabiegi muszą być dobrze wybrane i powinno się w nich wprowadzić program neuromodulacji. Lekarz implantujący neuromodulator powinien legitymować się dobrą znajomością patofizjologii pęcherza u mężczyzn i u kobiet i mieć wiedzę, jak postępować w przypadku komplikacji po zabiegu neuromodulacji. Szpitale nieobjęte programem nie powinny wykonywać tego typu zabiegów. Ośrodek, w którym są one przeprowadzane, musi mieć nie tylko dobrych operatorów, ale również odpowiednie zaplecze szpitalne w postaci przygotowanych sal operacyjnych z możliwością wideorejestracji, z radiologicznym wsparciem, z możliwością robienia zdjęć w czasie zabiegu. Ośrodek powinien również realizować program kontroli pacjentów i programowania, czym u nas, w Kanadzie, zazwyczaj zajmują się pielęgniarki.



49. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji w Goeteborgu

Fot. Tomasz Michalek

wtórnych stymulacji raz w tygodniu przez pół godziny. Ministymulatory wprowadzane w obrębie odpowiednich nerwów mogą też modyfikować oddawanie moczu.

Czy do grupy „minimally invasive” zaliczyłby pan również ostrzykiwanie pęcherza toksyną botulinową?

Jest to minimalnie inwazyjna technika, bardzo dobrze sprawdzająca się zwłaszcza w zaburzeniach neurogennych w pęcherzu nadaktywnym, ale również w idiopatycznym nadreaktywnym pęcherzu. W niektórych ośrodkach stosowana jest nawet jako pierwsza linia leczenia. Botoks jest bardzo dobry, ale wymaga powtórnych ostrzykiwań co 8-12 miesięcy. I dlatego po pięciu latach w zasadzie koszty leczenia botoksem wyrównują się z kosztami leczenia z zastosowaniem neuromodulacji.

W Polsce neuromodulacja nerwów krzyżowych została objęta refundacją dopiero w tym roku. Mogą ją oferować zarówno oddziały urologiczne, jak i ginekologiczne. Czy pana zdaniem była to dobra decyzja ministra zdrowia?

Decyzja o objęciu refundacją na pewno jest bardzo dobra, ponieważ brak finansowania był główną przyczyną niewykonywania tego zabiegu w Polsce. Jeśli natomiast pyta mnie pan o to, kto powinien wykonywać neuro-

Rozmawiamy w Goeteborgu, gdzie odbywa się 49. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS), a pan jest członkiem zarządu tej organizacji. Z perspektywy czasu można zauważyć rosnące zainteresowanie tą dziedziną ze strony właśnie pielęgniarek i położnych, ale też fizjoterapeutów. Skąd taki trend?

Już od początku, jak tylko ICS został stworzony, uznano, że powinna to być multidyscyplinarna organizacja, składająca się z urologów, uroginekologów, techników, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek i położnych. Oczywiście, na kongresy przyjeżdża teraz coraz więcej pielęgniarek i fizjoterapeutów, ponieważ ta dziedzina się coraz szybciej rozwija w różnych krajach. Dlatego też coraz więcej jest reprezentantów tych specjalizacji. To nie jest nowy trend, oni zawsze tu byli.

Ja na to patrzę z perspektywy naszego kraju, Polski. Czy uważa pan, że u nas będzie podobnie? Że liczba pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów interesujących się tą dziedziną, specjalizujących się w niej, będzie rosła?

To zależy nie tylko od pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, ale przede wszystkim od systemu. Na pewno pielęgniarki czy fizjoterapeuci są zainteresowani poszerzeniem swojej wiedzy i kompetencji i jeżeli będą mieli odpowiednie do tego warunki, to na pewno wielu z nich będzie się specjalizowało w tej dziedzinie. Nietrzymanie moczu to jeden z najczęstszych problemów ludzi starszych. Niestety w wielu krajach nie jest on jeszcze doceniany.

Wspomniał pan o organizacji systemu ochrony zdrowia. Przez ostatnie dwa lata polskie Ministerstwo Zdrowia prowadziło szeroką debatę pod hasłem „Wspólnie dla Zdrowia”, której głównym celem było wypracowanie

kierunków rozwoju polskiej służby zdrowia w przyszłości. Czy zarekomendowałby nam pan model kanadyjski?

Nie, ponieważ model kanadyjski jest modelem absolutnie rządowym, nie ma żadnej opcji prywatnej. W związku z tym nie ma alternatywy, która może być wsparciem dla systemu publicznego. Według mnie system kanadyjski nie jest doskonały. Mimo że jest otwarty dla wszystkich, to nie starcza pieniędzy dla wszystkich. Kolejki do lekarzy i chirurgów są bardzo długie, nie ma wystarczająco dużo pielęgniarek, zamyka się oddziały albo izby przyjęć z powodu braku personelu. Władza nie chce przeznaczać więcej pieniędzy na zdrowie, bo i tak daje na nie prawie 40 proc. budżetu. W Kanadzie każda prowincja jest odpowiedzialna za zdrowie mieszkańców, nie rząd federalny. W zależności od zasobności, daje więcej lub mniej na ten cel. Polska nie powinna wzorować się na organizacji systemów w innych krajach, lecz rozwinąć własny, opierając się na warunkach ekonomicznych i socjalnych, jakie są w kraju.

W Polsce urolodzy coraz częściej koncentrują się na uroonkologii. Pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego przybywa lawinowo, przez co lekarze mają coraz mniej czasu na leczenie pacjentów z innymi schorzeniami. Czy na świecie jest podobnie?

Tak, przynajmniej jeśli chodzi o Kanadę. Większość lekarzy urologów zajmuje się u nas leczeniem nowotworów, i to jest pierwsza ścieżka wyboru dla rezydentów, żeby zrobić właśnie tę specjalizację. Natomiast zaburzenia oddawania moczu, czyli tzw. funkcjonalna urologia, są zazwyczaj na drugim miejscu.

Gdyby miał pan procentowo określić, to ilu urologów w Kanadzie zajmuje się wyłącznie uroonkologią, a ilu zdecydowało się pójść w stronę urologii funkcjonalnej?

Kanadyjski urolog po skończeniu specjalizacji może robić wszystko. Jeśli trafi do jakiegoś małego szpitala, to - jeśli tylko chce - zajmuje się tam i leczeniem nowotworów, i nietrzymania moczu. Natomiast w ośrodkach uniwersyteckich zazwyczaj lekarze wybierają jakąś specjalizację. Jedni zajmują się głównie leczeniem nowotworów, inni zajmują się głównie np. andrologią, jeszcze inni usuwaniem kamieni, a kolejna grupa funkcjonalną urologią. Jeśli chodzi o funkcjonalną urologię, to moim zdaniem w Kanadzie wybrało ją jako główny obszar swoich działań ok. 10-15 proc. urologów.

W Polsce współpraca między urologami a ginekologami nie układa się najlepiej. Szczególne emocje budzi

projekt stworzenia nowej podspecjalizacji - uroginekologii. Jak pan to ocenia z perspektywy członka zarządu ICS, ale też profesora urologii z Kanady?

To jest zawsze hot topic, również w Kanadzie. U nas w tej chwili również prowadzone są rozmowy na ten temat na poziomie The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Królewskie Kolegium Lekarzy i Chirurgów Kanady), które nadaje tytuły specjalizacyjne. Uroginekolodzy chcą wprowadzić certyfikację. Nie chodzi o certyfikat dotyczący specjalizacji, ale o potwierdzenie, że ktoś ma większą wiedzę na temat uroginekologii. Chodzi m.in. o to, aby mieć podstawę do negocjacji finansowych ze szpitalem. Negatywnym zjawiskiem jest to, że nie każdy lekarz urolog w Kanadzie chce teraz zdobywać certyfikat z uroginekologii, a mimo to np. zakłada taśmy. Istnieje obawa, że bez tego certyfikatu nie będzie mógł tego robić. Osobiście, jako urolog, jestem przeciwny tworzeniu tzw. podspecjalizacji w uroginekologii.

Kanadyjski urolog po skończeniu specjalizacji może robić wszystko. Jeśli trafi do jakiegoś małego szpitala, to - jeśli tylko chce - zajmuje się tam i leczeniem nowotworów, i nietrzymania moczu.

Można zdobywać różnego rodzaju specjalizacje, pracując w dużych ośrodkach akademickich, ale uważam, że lekarz urolog powinien mieć możliwość wykonywania operacji i leczenia chorych z zaburzeniami dolnego

układu moczowego w każdym rejonie i w każdym szpitalu bez ograniczeń.

A czy w ogóle istnieje taka specjalizacja jak uroginekologia w Kanadzie?

Nie, chociaż niektórzy ginekolodzy tytułują się uroginekologami. Nie jest to jednak subspecializacja, podobnie jak nie ma subspecializacji w urologii funkcjonalnej. Są natomiast roczne lub dwuletnie studia podyplomowe z zakresu urologii funkcjonalnej. Odbywają się w ośrodkach akademickich, po specjalizacji. Po ich ukończeniu lekarz zajmuje się głównie urologią funkcjonalną.

Kto pana zdaniem będzie leczył NTM za 10 lat?

Roboty. (śmiej) A tak poważnie, to nadal uważam, że zależy to w dużej mierze od systemu ochrony zdrowia w danym kraju. W niektórych krajach urolodzy w ogóle nie chcą zajmować się tym problemem, w innych wręcz przeciwnie. Według mnie tam, gdzie urolodzy już zajmują się tą kwestią, na pewno nie przestaną się nią zajmować, a uroginekolodzy, którzy też zajmują się tym problemem, nadal będą się nim zajmować. Myślę, że dużych zmian w tym zakresie i odpowiedzi na pytanie, kto to będzie robił w przyszłości, na razie nie będzie.

Dziękuję za rozmowę.